

ແບບຟອມຮ້ອງທຸກຈາກການສົ່ງໂກງ
ເພື່ອລາຍງານກົນອຸບາຍຕ່າງໆຂອງການຂາຍປະກັນສຸຂະພາບ
ຂໍ້ມູນລາຍລະອຽດຂອງຄຳຮ້ອງທຸກ:

1) ບໍລິສັດໄດ້ສະເໜີຫຍັງໃຫ້ແກ່ທ່ານ:

2) ທ່ານໄດ້ຮັບສິ່ງທີ່ບໍລິສັດສະເໜີໃຫ້ບໍ່: ໄດ້ຮັບ ບໍ່ໄດ້ຮັບ

3) ທ່ານເຊື່ອບໍ່ວ່າບໍລິສັດເຮັດຄໍາຖະແຫຼງການທີ່ບໍ່ຖືກຕ້ອງ:

ເຊື່ອ ບໍ່ເຊື່ອ

4) ຄຳຖະແຫຼງໃດທີ່ທ່ານເຊື່ອວ່າບໍ່ຖືກຕ້ອງ:

5) ທ່ານໄດ້ຈ່າຍເງິນໃຫ້ບໍລິສັດບໍ່: ໄດ້ຈ່າຍ ບໍ່ໄດ້ຈ່າຍ

ຖ້າວ່າຈ່າຍ, ທ່ານໄດ້ຈ່າຍໄປເທົ່າໃດ: _____

ວິທີຈ່າຍເງິນແບບໃດທີ່ໄດ້ນຳໃຊ້: _____

6) ບໍລິສັດຕິດຕໍ່ຫາທ່ານຄັ້ງທຳອິດມື້ໃດ (ເດືອນ/ວັນທີ/ປີ): _____

7) ທ່ານຕອບຮັບເບື້ອງຕົ້ນວ່າແນວໃດ:

8) ທ່ານໄດ້ຕິດຕໍ່ແນວໃດ:

ໂທລະສັບ
ໂຮງໝໍ

ອີເມວ
ສະຖານທີ່

ຢູ່ບ້ານ

ຢູ່ຫ້ອງການຂອງໝໍ, ຮ້ານຂາຍຢາ, ຫຼື

ໂຄສະນາ - ກະລຸນາອະທິບາຍເນື້ອໃນ ແລະ

ອື່ນໆ - ກະລຸນາອະທິບາຍ

9) ທ່ານໄດ້ເຊັນເອກະສານຕ່າງໆຈາກບໍລິສັດບໍ່: ໄດ້ເຊັນ ບໍ່ໄດ້ເຊັນ

10) ທ່ານໄດ້ໃຫ້ຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວຫຼື

ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບການເງິນແກ່ບໍລິສັດບໍ່: ໄດ້ໃຫ້ ບໍ່ໄດ້ໃຫ້

11) ກະລຸນາໃຫ້ລາຍຊື່ຂອງຕົວແທນ ຫຼື

ນິຕິບຸກຄົນອື່ນໆທີ່ທ່ານຕິດຕໍ່ຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ:

12) ທ່ານຕ້ອງການ, ຫຼື ຄາດຫວັງຫຍັງແດ່ ໃນການແກ້ໃຂການຮ້ອງທຸກຂອງທ່ານ:

ຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ

ກະລຸນາຕື່ມຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມທີ່ສໍາຄັນກ່ຽວກັບປະສົບການຂອງທ່ານ, ລວມທັງຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບບໍລິສັດ, ບໍລິສັດໄດ້ສະເໜີ ຫຍັງແດ່ໃຫ້ແກ່ທ່ານ, ແລະ ທ່ານໄດ້ຮັບສິ່ງທີ່ທ່ານຖືກສະເໜີໃຫ້ ຫຼື ບໍ່.

ຂໍ້ມູນຂອງຜູ້ບໍລິໂພກ

ກະລຸນາໃຫ້ຂໍ້ມູນຕິດຕໍ່ຂອງທ່ານ
ເພື່ອວ່າພວກເຮົາຈຶ່ງຈະສາມາດຕິດຕໍ່ຫາທ່ານ
ເພື່ອເອົາຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບຄໍາຮ້ອງທຸກ

ຊື່ _____ ນາມສະກຸນ _____

ທີ່ຢູ່ _____ ໄປສະນີ _____

ເມືອງ _____ ຣັຖ _____ ລະຫັດເຂດ _____

ໂທລະສັບຕິດຕໍ່ຕອນກາງເວັນ # _____ ໂທລະສັບຕິດຕໍ່ຕອນກາງຄືນ # _____

ອີເມວ _____

ຂໍ້ມູນຂອງບໍລິສັດ

ກະລຸນາລາຍງານຂໍ້ມູນຕ່າງໆທີ່ທ່ານມີກ່ຽວກັບບໍລິສັດ.

ຊື່ຂອງບໍລິສັດ _____

ທີ່ຢູ່ _____ ໄປສະນີ _____

ເມືອງ _____ ຣັຖ _____ ລະຫັດເຂດ _____

ໂທລະສັບ # _____ ອີເມວ _____

ເວັບໄຊ _____

ຊື່ຂອງຕົວແທນຈາກບໍລິສັດ _____

ຕຳແໜ່ງຂອງຕົວແທນຈາກບໍລິສັດ _____

ໂທລະສັບ # _____ ອີເມວ໌ _____

ຕົວແທນຂອງບໍລິສັດໄດ້ ອະທິບາຍກິດຈະການຂອງບໍລິສັດໃນເຄືອຂ່າຍຂອງລາວແນວໃດ (ຕົວຢ່າງ: ແຜນ, ຄາລິຟໍເນຍ ທີ່ຖືກຄຸ້ມຄອງ (Covered California), ໂປຣແກຣມຂອງຮັຖບານ, ອື່ນໆ): _____

13) ທ່ານມີເອກະສານໃດໜຶ່ງຈາກບໍລິສັດບໍ່: ມີ ບໍ່ມີ

ຖ້າວ່າທ່ານມີເອກະສານກ່ຽວກັບກໍລະນີຂອງທ່ານ ທີ່ທ່ານຕ້ອງການເອົາໃຫ້, ກະລຸນາສົ່ງສຳເນົາສະບັບໜຶ່ງຂອງເອກະສານດັ່ງກ່າວ.

ຂ້າພະເຈົ້າກຳລັງຂໍໃຫ້ ພະແນກເບີ ງ່າຍສຸຂະພາບທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ (Department of Managed Health Care – DMHC) ຊ່ວຍຂ້າພະເຈົ້າຮ້ອງທຸກ. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າ DMHC ຈະຄຸ້ມຄອງຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວຂອງຂ້າພະເຈົ້າ. ຖ້າວ່າຄຳຮ້ອງທຸກຂອງຂ້າພະເຈົ້າຕົກຢູ່ໃນອຳນາດໃນການຕັດສິນຄະດີຂອງ DMHC, DMHC ອາດຈະສອບສວນເພີ່ມເຕີມ ແລະ ອາດຈະຕິດຕໍ່ຫາຂ້າພະເຈົ້າ. ຖ້າວ່າເໝາະສົມ, DMHC ອາດຈະສົ່ງຄຳຮ້ອງທຸກຂອງຂ້າພະເຈົ້າໄປຍັງ ຄາລິຟໍເນຍ ທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ (Covered California), ພະແນກປະກັນໄພ (Department of Insurance) ຫຼື ຕົວແທນໃດໜຶ່ງສຳລັບການພິຈາລະນາໃນຂັ້ນຕໍ່ໄປ.

ລາຍເຊັນ: _____

ວັນທີ: _____

ຄຳແນະນຳ:

ໃນການສົ່ງແບບຟອມຮ້ອງທຸກຈາກການສັ່ງໂກງ ທາງໄປສະນີ ຫຼື ແພັກ:

1. ຕື່ມຂໍ້ມູນ ແລະ ເຊັນໃສ່ ແບບຟອມ.
ຖ້າວ່າທ່ານຕ້ອງການພິ່ນທີ່ເພີ່ມເຕີມ
ເພື່ອໃຫ້ຄຳຕອບຂອງທ່ານສົມບູນ, ກະລຸນາຄັດຕິດໜ້າເຈ້ຍຕ່າງຫາກ.

2. ຄັດຕິດສຳເນົາຂອງຈົດໝາຍຫຼືເອກະສານອື່ນ
ທີ່ທ່ານເຊື່ອວ່າອາດຈະກ່ຽວຂ້ອງກັບຄຳຮ້ອງທຸກຂອງທ່ານ.
ກະລຸນາສົ່ງສຳເນົາຂອງເອກະສານ, ບໍ່ແມ່ນຕົ້ນສະບັບ. ສູນຊ່ວຍເຫຼືອ
(Help Center) ບໍ່ສາມາດສົ່ງເອກະສານໃດໜຶ່ງກັບຄືນໃຫ້ໄດ້.
3. ສົ່ງແບບຟອມ ແລະສຳເນົາຂອງເອກະສານປະກອບອື່ນໆໄປທາງແຟັກຫຼື
ທາງໄປສະນີທີ່:

Help Center

Department of Managed Health Care

980 9th Street, Suite 500

Sacramento, CA 95814-2725

ແຟັກ: 916-255-5241

ຖ້າວ່າທ່ານມີຂໍ້ຂ້ອງໃຈກ່ຽວກັບແບບຟອມຮ້ອງທຸກຈາກການສໍ້ໂກງ,
ກະລຸນາໂທຫາສູນຊ່ວຍເຫຼືອ (Help Center) ໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າໂທທີ່ 1-888-466-2219
ຫຼື (TDD) 1-877-688-9891.